

ONDER INVLOED VAN EEN TOENEMENDE COMPLEXITEIT EN OMGEVINGSEISEN STELLEN MOMENTEEL VELE ORGANISATIES VRAGEN BIJ HUN FUNCTIONEREN. DIT IS OOK ZO VOOR ZIEKENHUIZEN. IMMERS WEGENS DE VANAF DE JAREN 80 DOORGEVOERDE FUSIES ZIJN VELE ZIEKENHUIZEN UITGEGROEID TOT INSTELLINGEN MET EEN OMZET VAN EEN GROOT BEDRIJF EN HONDERDEN WERKNEMERS. TEGELIJKERTIJD LEIDT DE NOODZAAK OM DE KOSTPRIJS VAN DE ZORG ONDER CONTROLE TE HOUDEN TOT VRAGEN NAAR EXTERNE VERANTWOORDING ("ACCOUNTABILITY") OMTRENT HET BESLAG OP DE MAATSCHAPPELIJKE MIDDELEN. GOVERNANCE OF DEUGDELIJK BESTUUR BETREFT HET ONTWIKKELEN VAN TOPSTRUCTUREN DIE ERVOOR ZORGEN DAT MAATSCHAPPELIJK ACCEPTABELE (OF GELEGITIMEERDE) EN VOOR DE ORGANISATIE BEST AANGEPASTE DOELSTELLINGEN WORDEN GEFORMULEERD, EN DIE TEGELIJKERTIJD OOK HET EFFECTIEF EN EFFICIËNT REALISEREN VAN DEZE DOELSTELLINGEN BEWERKSTELLIGEN. DIT BEHELST HET DEFINIËREN VAN EEN AANGEPAST SYSTEEM VAN ORGANEN ALSOOK SPELREGENS MET BETREKKING TOT SAMENSTELLING EN FUNCTIONEREN. BIJ ZIEKENHUIZEN IS DIT COMPLEXER DAN BIJ BEDRIJVEN.

de oprichting van een Medische Raad waarvan de leden door de artsen worden verkozen. Dit orgaan heeft een adviesbevoegdheid naar het beheer toe alsook vetomacht omtrent voor artsen belangrijke aangelegenheden (afdrachten op honoraria, afzetting van artsen, aankoop van medische apparatuur, ...). Alzo functioneert deze Raad al gauw als belangenverdediger van de artsen.

## VAN CORPORATE GOVERNANCE NAAR ZIEKENHUISGOVERNANCE ...

Wetgeving alsook organisatietype zorgen ervoor dat het realiseren van behoorlijk bestuur bij ziekenhuizen over het algemeen delicaat wordt dan in het bedrijfsleven. De belangrijkste probleem/verschilpunten zijn hieronder weergegeven.

### ADDITIONELE MOEILIKHEDEN:

#### - HOE PASSENDE DOELSTELLINGEN FORMULEREN?

In tegenstelling tot het bedrijfsleven waar winstgevendheid en aandelenwaarde een belangrijk en relatief eenduidig criterium is om beslissingen aan af te toetsen, zijn de doelstellingen bij ziekenhuizen veel complexer, mede wegens de belangrijke maatschappelijke functie die deze organisaties vervullen. De vraag die zich dan onmiddellijk stelt is, wie

deze van de instelling. Daarenboven volstaat het budget van financiële middelen die aan ziekenhuizen door de overheid wordt uitbetaald in de praktijk niet om de kosten te dekken (men spreekt van structurele onderfinanciering van de ziekenhuizen), zodanig dat artsen moeten bijpassen. Alzo kan het systeem al gauw aanleiding geven tot discussies tussen management en geneesheren.

#### - ONDUIDELIJKHEDEN IN TOEWIJZING VAN VERANTWOORDELIJKHEDEN

Zoals hoger besproken voorziet de Belgische ziekenhuiswet dat de Medische Raad een veto kan stellen in aangelegenheden die de artsen betreffen. Indien dit zich voordoet wordt de beslissing aan een externe bemiddelaar toegewezen. Alhoewel arbitrages ook in het bedrijfsleven voorkomen, kan het systematisch inbouwen van deze procedure onduidelijkheid creëren omdat management en Raad van Bestuur hun verantwoordelijkheden niet ten volle kunnen opnemen.

#### MAAR VERMOEDELIJK TOCH OOK EEN VEREENVOUDIGING:

#### - HET AGENCY-PROBLEEM

Een belangrijk thema in de grotendeels Angelsaksische corporate governance-literatuur behelst de agency-proble-

# Governance bij Belgische ziekenhuizen

GUSTAAF VAN HERCK, CYNTHIA VAN HULLE, KRISTOF EECKLOO EN ARTHUR VLEUGELS

## DE WETGEVING STRUCTUREERT BESLISSINGSPROCESSEN VOOR ...

Naast programmering en erkenningsstandaarden, legt de Belgische wet aan de ziekenhuizen regels op inzake de structurering van hun toporganen. Zo wordt een beheerder gedefinieerd, een directeur, een hoofdgeneesheer, de Medische Raad, de ziekenhuisartsen en diverse diensten met elk hun diensthoofd. Tenslotte is er ook een Statutair Bevoegd Orgaan. Tegelijkertijd bevat de regulering een omschrijving van de rol van deze actoren. Deze regels gelden zowel voor privé als openbare ziekenhuizen.

In het bijzonder is de beheerder (= Raad van Bestuur) het orgaan dat belast wordt met de uitbating van het ziekenhuis; hij draagt de uiteindelijke verantwoordelijkheid inzake organisatie en financiën. De wet voorziet echter dat de beheerder een directeur belast met de dagelijkse werking. Laatstgenoemde is alleen verantwoordelijk tegenover de beheerder en wordt door hem benoemd en ontslagen. In elk ziekenhuis is er een medisch departement met de hoofdgeneesheer als verantwoordelijke. Deze laatste dient de ziekenhuisartsen ook te betrekken bij een geïntegreerde werking van de instelling. Het realiseren van dergelijk geïntegreerd geheel is echter niet evident. Immers, ziekenhuisartsen functioneren meestal als "zelfstandige ondernemers" die gebruik maken van de organisatie-infrastructuur en het honorarium ontvangen van de door hen geleverde prestaties, evenwel na afdracht voor gebruik van de ziekenhuisfaciliteiten. Daardoor bestaat geen hiërarchische band tussen de beheerder en de artsen.

Een Statutair Bevoegd Orgaan (Algemene Vergadering in private en Raad voor Maatschappelijk Welzijn in openbare ziekenhuizen) kijkt toe op het beheer, stelt een bedrijfsrevisor aan en heeft het prerogatief het controleverslag en de jaarrekening al dan niet goed te keuren. De wet voorziet ook in

bepaalt deze doelstellingen en hoe wordt ervoor gezorgd dat de mix alsook de afweging van objectieven adequaat wordt gekozen?

#### - WAT IS DE ROL VAN DE ALGEMENE VERGADERING / RAAD VOOR MAATSCHAPPELIJK WELZIJN EN VAN DE RAAD VAN BESTUUR?

In het bedrijfsleven is de rol van de aandeelhouders (en van de Algemene Vergadering) relatief goed gedefinieerd: eigenaars krijgen zeggingsmacht in ruil voor het dragen van het bedrijfsrisico; zij worden hiervoor vergoed via uitgekeerde winsten. Bij Belgische ziekenhuizen zijn er geen aandeelhouders in de zin van het bedrijfsleven. Vele privé-instellingen ressorteren onder de koepel van een kloosterorde en hebben de vorm van een VZW. In VZW's worden geen winsten uitgekeerd. Bij de openbare ziekenhuizen, die worden bestuurd door de Raad voor Maatschappelijk Welzijn en Beheerscomité – met daarin lokale politici aangeduid door de gemeenteraad - worden evenmin winsten uitgekeerd. Bovendien komt de laatste jaren bij openbare ziekenhuizen de wens om politiek en ziekenhuis te scheiden steeds nadrukkelijker op de voorgrond terwijl bij de privé instellingen de congregaties zich genoodzaakt zien de ziekenhuisactiviteiten over te dragen aan leken. Dergelijke evoluties doen vragen oprijzen omtrent de toekomstige rol en samenstelling van de Algemene Vergadering en Raad van Bestuur. Onmiddellijk hiermee samenhangend komt ook de vraag naar de functie van de Raad van Beheer en zijn samenstelling. Dienen de diverse "stakeholders" (personeel, patiëntenorganisaties, de overheid,...) vertegenwoordigd te zijn, en zo ja, in welke mate?

#### - HET DEFINIËREN VAN DE PLAATS VAN DE ARTSEN IS MOEILIK

De artsen en verpleegkundigen vormen de spilfiguren in het zorgproces van een ziekenhuis. Het management heeft echter slechts een beperkte hiërarchische zeggenschap over eerstgenoemde groep. Bovendien ontstaan met het creëren van de Medische Raad diverse belangenconflicten: de belangen van individuele medici of groepen van specialisten onderling kunnen verschillend zijn, alsook afwijkend van

matiek. In het bijzonder creëert de vaak voorkomende versnipperde aandeelhoudersstructuur bij Angelsaksische beursgenoteerde bedrijven een scheiding tussen eigendom en leiding. Alzo ontstaat er ruimte voor belangenconflicten met de leiding (= de agent), gezien eerstgenoemde partij eigen doelstellingen kan hebben. De theorie wijst dan meteen op de nood aan toezicht op de agent, zeker omdat laatstgenoemde door zijn/haar dagdagelijkse inschakeling in de organisatie een informatievoordeel opbouwt ten aanzien van de aandeelhouders. Men kan stellen dat het beheersen van dit agency-probleem bij ziekenhuizen potentieel moeilijk is. Vooreerst verzwaart de complexiteit van de doelstellingen het toezicht, waardoor het management zijn informatievoordeel kan benutten om eigen preferenties te realiseren. Daartegenover staat echter dat in de (Belgische) praktijk door diverse instanties op het management wordt toegekeken, dat belangrijke investeringsbeslissingen steeds moeten kaderen binnen de nationale programmering en dat erkenningsnormen dienen gerespecteerd te worden. Men mag verwachten dat hierdoor de beschikbare manoeuvreerruimte scherp inkrimpt. Vandaar ook dat in de ziekenhuissector het agency-probleem in de praktijk reeds deels aan banden wordt gelegd. Deze ruimte is zelfs zodanig ingekrompen dat sommige ziekenhuisdirecties en -beheer stellen dat de bestaande overregulering goed bestuur onmogelijk maakt.

## ZIEKENHUISGOVERNANCE IN DE PRAKTIJK ...

Interessant is echter na te gaan hoe ziekenhuizen met de in de wet voorziene structuren omgaan. Onderstaande enquêteresultaten van Eeckloo, Van Herck, Van Hulle en Vleugels (2000) omtrent de governancepraktijk bij Vlaamse en bicommunautaire ziekenhuizen uit de privé en publieke sector vervolledigen dan ook het beeld omtrent de stand van zaken omtrent ziekenhuisgovernance in België. Het onderzoek is gebaseerd op ingevulde vragenlijsten van 82 instellingen; zowel de directeur als de voorzitter van de Medische Raad zijn hierbij bevraagd.

#### - SAMENSTELLING EN BEVOEGDHEDEN BESTUURSORGANEN

Inzake samenstelling van de bestuursorganen komt, niet



onverwacht, uit de enquête tot uiting dat, naargelang van de klasse waartoe de instelling behoort, het Statutair Bevoegd Orgaan anders is samengesteld: heel wat politieke mandatarissen bij openbare ziekenhuizen en een belangrijke inbreng van religieuzen bij de privé-instellingen. Gemeenschappelijk is echter dat de leden van het Statutair Bevoegd Orgaan voor ongeveer 80% overlappen met de leden van de Raad van Bestuur (Beheerscomité). Ook tussen de directie en de Raad van Bestuur blijkt er overlapping te zijn, maar de mate waarin dit gebeurt is minder duidelijk omdat directieleden soms stemgerechtigd zijn en soms niet. Inzake bevoegdheidsverdeling blijkt dat bij vele openbare ziekenhuizen de directie een relatief beperkte beslissingsmacht heeft (zie tabel). Zoals bijgevoegde tabellen 1 en 2 aangeven, worden veel bevoegdheden waargenomen door de Raad van Bestuur, ook taken die duidelijk van operationele aard zijn. Zo geven Eeckloo et al. (2000) als voorbeelden de keuze van leveranciers en het vastleggen van de prijzen in het restaurant.

DE RELATIE MET ARTSEN

De enquête peilt ook naar de verhoudingen management – artsengeleding. Uit de gegevens blijkt dat, alhoewel de wettelijke regelingen de Medische Raad rechtstreeks in

overleg plaatst met de Raad van Bestuur, in de praktijk de discussies meestal gevoerd worden met de directie. Overigens investeren ziekenhuizen daadwerkelijk in overleg, zoals blijkt uit opinievragen die aan diverse partijen in het ziekenhuis zijn voorgelegd. Bij niet minder dan 87% van de ondervraagden vat de omschrijving “samenwerkingsmodel” beter de verhoudingen tussen artsen en management dan de typering “conflictmodel”. Echter bij vragen die een meer genuanceerd antwoord toelaten blijkt dat directie en Medische Raad verschillen in opvattingen. Alzo zijn eerstgenoemden meestal van oordeel dat zij de artsen zoveel mogelijk bij het beleid betrekken alsook goed informeren; de mening van de voorzitter van de Medische Raad is hierover heel wat minder positief.

MEEST VOORKOMENDE PROBLEMEN BIJ HET BESTUUR VAN ZIEKENHUIZEN

De volgende problemen worden het vaakst bij het management aangehaald: de te sterke voogdij van de overheid (15x), de duale structuur (13x), financiële onzekerheid (11x) , gebrek aan deskundigheid bij de Raad van Bestuur (9x) en het zelfstandigenstatuut van de artsen (6x). Bij de Medische Raad bestaat vooral ontevredenheid omtrent de gebrekkige inspraak van de artsen (14x), te

beperkte communicatie en transparantie (12x), de bureaucratische structuur (7x) en onvoldoende professionalisme vanwege het management (5x).

BESLUIT

Eeckloo et al. (2000) besluiten dat al bij al ziekenhuizen vandaag niet slecht worden bestuurd, maar dat er vaak nog gesleuteld kan worden aan de samenstelling van de diverse organen, zoals blijkt uit de sterke overlappingsen. Ook de verdeling van verantwoordelijkheden over de bestuursniveaus lijkt voor verbetering vatbaar. Uiteindelijk blijft de duale structuur een belangrijke weerkerende problematiek waarmee bij het zoeken naar een optimale beheerstructuur dient rekening te worden gehouden. Door de ontwikkeling van een model van behoorlijk bestuur voor de ziekenhuizen door leden van het AFI Leuven Research Center van het departement TEW en door de leden van het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap van de K.U.Leuven (zie Van Hulle, Eeckloo, Van Herck en Vleugels, 2000) is de bewustwording over deze problematiek erg vergroot en worden er door vele ziekenhuizen inspanningen gedaan om te komen tot meer deugdelijk bestuur.

izen: een a(a)rtsmoeilijk probleem !

TABEL 1: EXCLUSIEVE BEVOEGDHEDEN RAAD VAN BESTUUR (EECKLOO ET AL, 2000)

Exclusieve bevoegdheden Raad van Bestuur	Priv. Alg.	Openbaar
Opdrachtsverklaring goedkeuren	38%	38%
Meerjarenplanning c.q. doelstellingen vastleggen	52%	40%
Keuze bedrijfsrevisor	48%	81%
Wijziging statuten	21%	14%
Begroting goedkeuren	38%	29%
Rekeningen goedkeuren	21%	14%
Leningen goedkeuren	64%	65%
Directieleden benoemen	95%	52%
Bepalen loon directie	91%	43%
Artsen aanstellen	93%	71%
Financiële regeling artsen	60%	57%
Waarderingsregels wijzigen	29%	38%
Keuze softwarehuis	14%	52%
Keuze aannemers bouw	29%	52%
Belegging liquiditeiten	8%	33%
Kaskredietlijnen aanpassen	10%	45%
Benoeming middenkader	45%	71%
Bepalen loon personeel	10%	52%
Benoeming hoofdverple(e)g(st)er	24%	52%

TABEL 2: EXCLUSIEVE BEVOEGDHEDEN DIRECTIE ( EECKLOO ET AL, 2000)

Exclusieve bevoegdheden directie	Priv. Alg.	Openbaar
Ontwerpen begroting	88%	62%
Prestatiemaatstaven c.q. boordtabellen vastleggen	71%	52%
Prestatiemaatstaven c.q. boordtabellen opvolgen	52%	52%
Uitvoering exploitatiebegroting	95%	79%
Vorming directie	67%	62%
Artsen zoeken	44%	76%
Uitvoering investeringsbegroting	62%	24%
Keuze softwarehuis	57%	0%
Technische boekhoudproblemen	98%	91%
Keuze aannemers bouw	31%	5%
Keuze leveranciers goederen	88%	10%
Verpleegkundige problemen	95%	86%
Belegging liquiditeiten	73%	33%
Kaskredietlijnen aanpassen	57%	40%
Vaststellen prijzen restaurant	88%	29%
Overleg met de revisor	43%	71%
Bepalen loon personeel	76%	5%
Benoeming hoofdverple(e)g(st)er	57%	19%
Goedkeuring kwaliteitshandboek	50%	29%
Opvolging kwaliteitsprojecten	76%	81%

PROF. DR. G. VAN HERCK  
*Gewoon hoogleraar K.U.Leuven*  
*Verantwoordelijke*  
*AFI Leuven Research Center*  
*(Accountancy/ Finance/ Insurance)*



PROF. DR. CYNTHIA  
VAN HULLE  
*Gewoon hoogleraar K.U.Leuven*  
*AFI Leuven Research Center*



PROF. DR. A. VLEUGELS  
*Gewoon hoogleraar K.U.Leuven*  
*Directeur Centrum voor*  
*Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap*



K. EECKLOO  
*Wetenschappelijk medewerker*  
*Centrum voor Ziekenhuis- en*  
*Verplegingswetenschap*



REFERENTIES:

- C. Van Hulle, K.Eeckloo, G. Van Herck en A. Vleugels, Voorstel van governance model voor ziekenhuizen, Acta Hospitalia, 2000, pp.7-24.

- K. Eeckloo, G. Van Herck, C. Van Hulle en A. Vleugels, Ziekenhuisbeheer vandaag in Vlaanderen: resultaten van een enquête, Acta Hospitalia, 2000, pp 63-80.

- K. Eeckloo, G. Van Herck, C. Van Hulle en A. Vleugels, From Corporate Governance to Hospital Governance, Health Policy, accepted.

- G. Van Herck, E. Cardinaels en S. Vandevelde, Opinie-onderzoek over verschillen tussen openbare en private Vlaamse ziekenhuizen, Acta Hospitalia, 2003, pp. 5-12.